



Recommandations pour la pratique clinique

**Masso-kinésithérapie
dans la conservation des capacités motrices
de la personne âgée fragile à domicile**

Recommandations

Avril 2005

La Haute Autorité de santé diffuse un document réalisé par
l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
et validé par son Conseil scientifique en septembre 2004

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été validé par le collège de la Haute Autorité de Santé en avril 2005

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2005. Haute Autorité de santé (HAS)

Sommaire

Recommandations	4
I. Évaluations	4
II. Traitements masso-kinésithérapiques	5
II.1. État orthopédique	5
II.2. Force musculaire	6
II.3. Transferts	6
II.4. Fonctions d'équilibration	6
II.5. Marche	6
II.6. Relever du sol	7
II.7. Antalgie	7
II.8. Éducation du patient et de son entourage	7
II.9. Masso-kinésithérapie chez des sujets présentant une détérioration cognitive	7
II.10. Aménagement du domicile	7
II.11. Prescription	8
Participants	9
Fiche descriptive	12

Recommandations

La conservation des capacités motrices chez le sujet âgé fragile entre dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire. La prévention secondaire a pour but de diminuer la durée d'une maladie et sa gravité. La prévention tertiaire cherche à en réduire les conséquences fonctionnelles. La notion de *statut fonctionnel* identifie trois catégories de personnes : les sujets indépendants, les sujets fragiles et les sujets dépendants.

Les présentes recommandations concernent la masso-kinésithérapie des personnes âgées fragiles à domicile, sans considération d'âge civil et indépendamment d'une pathologie spécifique. Elles ne traitent ni des programmes de prévention pour les personnes indépendantes, ni de la rééducation des grands vieillards en milieu institutionnel. Elles reposent sur un accord professionnel car le niveau de preuve des articles analysés est faible.

I. ÉVALUATIONS

La diminution de la mobilité est liée à l'augmentation de la dépendance, à l'altération de la qualité de vie, et constitue un facteur prédictif de mortalité. L'évaluation de la perte de la mobilité constitue un volet essentiel de la mesure de la dépendance.

Pour évaluer l'autonomie, le groupe de travail ne fait pas de recommandation quant au choix de l'outil, qu'il laisse à l'appréciation de chaque équipe pluriprofessionnelle ; l'évaluation de l'autonomie est en effet un champ partagé. Il est cependant recommandé de ne pas multiplier les évaluations, sachant que la grille Autonomie Gérontologique - Groupe Iso-Ressource (AGGIR) est souvent complétée par l'*Instrumental activities of daily living* (IADL).

Contrairement à ce qui est le plus souvent pratiqué, chez le sujet âgé fragile l'évaluation masso-kinésithérapique est d'emblée fonctionnelle pour mieux cibler secondairement certains aspects analytiques mis au jour au cours du mouvement.

Pour évaluer les capacités fonctionnelles d'équilibre et de marche, le groupe de travail recommande d'utiliser systématiquement en début de prise en charge le test du lever, marcher 3 mètres, demi-tour et retour en position assise chronométré *timed up and go* (TUG) et le test moteur minimum (TMM). En fonction des résultats, des tests complémentaires sont recommandés (*figure 1*) :

- *si le TUG est réalisé en plus de 30 secondes et le TMM est inférieur à la note 15* : l'évaluation est complétée par un examen des chevilles et des pieds, et secondairement par un test de double tâche à la marche et la mesure de la vitesse de marche sur 10 mètres. Les possibilités d'adaptation à l'effort sont évaluées par la prise de pouls. Les tests d'anticipation posturale servent secondairement pour orienter les exercices ;
- *si le TUG est inférieur à 30 secondes et le TMM supérieur à 15* : le test de Tinetti est recommandé avec la mesure de la vitesse de marche sur 10 mètres et le test de double tâche. Les tests d'endurance de 6 minutes et de force musculaire globale « d'assis debout 30 secondes » permettent d'évaluer la progression. Des tests musculaires et articulaires plus spécifiques ne sont utilisés que secondairement dans le cas où l'observation du mouvement fonctionnel aura mis en évidence un déficit localisé.

Lorsque au domicile la distance de 10 mètres n'est pas disponible, la mesure de la vitesse de marche peut se faire sur 6 mètres.

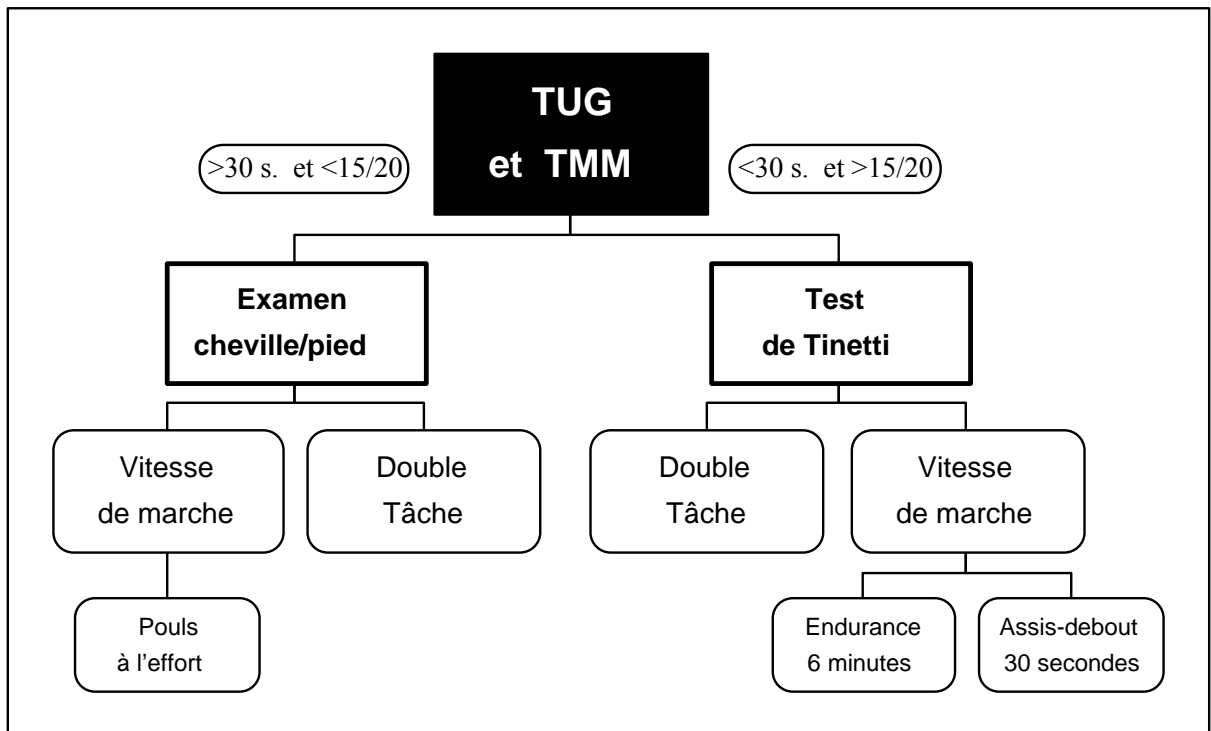


Figure 1. Arbre décisionnel de l'évaluation fonctionnelle d'équilibre et de marche

La réalisation d'un nombre maximal d'enchaînements assis-debout est recommandée pour évaluer globalement la force des membres inférieurs lorsque les possibilités d'adaptation à l'effort le permettent et s'il n'existe pas de syndrome de désadaptation psychomotrice. La pertinence de mesures articulaires plus analytiques (flexum de hanche et/ou de genou) et musculaires est appréciée par le masseur-kinésithérapeute.

Par ailleurs, la mesure de l'amplitude de la tibio-tarsienne nécessite un examen systématique en raison de son impact sur les stratégies posturales.

L'évaluation de l'environnement humain et matériel complète ces données. Le masseur-kinésithérapeute en lien avec les autres intervenants à domicile prend en compte l'environnement psychosocial de manière à ajuster la relation avec le malade et l'entourage et à personnaliser les objectifs de manière réaliste.

En ce qui concerne l'environnement matériel, particulièrement en l'absence d'ergothérapeute, le groupe de travail recommande que le masseur-kinésithérapeute évalue les conditions de l'habitat, les besoins en aide technique et aide à la marche et les possibilités de déplacement à l'extérieur pour faciliter les actes de la vie quotidienne et diminuer le risque de chute. L'évaluation précise des facteurs environnementaux constituant un risque de chute est abordée dans les recommandations consacrées à ce sujet.

II. TRAITEMENTS MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUES

II.1. État orthopédique

En dehors d'affection spécifique de l'appareil locomoteur, la conservation ou l'amélioration des amplitudes articulaires doit privilégier la mobilité de la tibio-tarsienne.

La mobilité du rachis, et particulièrement celle du rachis cervical, est sollicitée lors des mouvements fonctionnels.

II.2. Force musculaire

Le groupe de travail recommande d'utiliser des techniques de renforcement musculaire lorsqu'un déficit précis et localisé a été mis en évidence :

- muscles visés des membres inférieurs : quadriceps, stabilisateurs du bassin et triceps sural en charge ;
- matériel : bandes élastiques, sacs et bracelets de cheville.

Dans les autres cas, la sollicitation musculaire passe par la répétition d'exercices fonctionnels. Pour les membres supérieurs, les exercices en appui sont recommandés pour maintenir les possibilités de transfert.

Des programmes supplémentaires d'autorééducation peuvent être préconisés par le masseur-kinésithérapeute entre les séances.

II.3. Transferts

La préservation des capacités de transfert ou leur récupération après un épisode aigu est un objectif important de la rééducation. Le passage assis-debout et debout-assis doit faire l'objet d'une attention particulière.

- Retournements et lever du lit : répétition des séquences du mouvement : passage en latérocubitus, descente des talons hors du lit, passage assis bord de lit poussant sur les membres supérieurs.
- Passage assis-debout : placement des pieds, prise d'appui sur les accoudoirs, stabilisation de la tête dans l'espace avec fixation du regard, flexion antérieure du tronc, poussée sur les membres inférieurs, stabilisation en position debout.
- Passage debout-assis : inclinaison du tronc en avant avec stabilisation de la tête, prise d'appui sur les accoudoirs avec flexion des genoux.

II.4. Fonctions d'équilibration

- Recherche de la projection antérieure du centre de masse en cas de répropulsion.
- Déclenchement de déséquilibres intrinsèques (ex. : l'élévation des membres supérieurs ; mobilisation du tronc dans l'espace).
- Déclenchement de déséquilibres extrinsèques par poussées thoraciques ou utilisation de plans instables.
- Réautomatisation des stratégies d'adaptation posturale et de protection.
- Modulation de la base d'appui en visant progressivement la position unipodale.
- Stimulations sensorielles comme la privation de la vue et les stimulations podales.
- Réalisation de deux tâches simultanées : contrôle postural et mouvement volontaire complexe (ex. : réception d'une balle) ou contrôle postural et tâche cognitive.

II.5. Marche

La rééducation de la marche est inscrite dans un programme comportant des exercices d'équilibre et des exercices fonctionnels de lever du fauteuil et de retour en position assise.

- Utilisation de consignes verbales cadencées pour faciliter le rythme.
- Variation de la vitesse et de la direction.
- Montée et descente d'escalier.

- Exercices de marche en double tâche.
- Surveillance de l'adaptation à l'effort
- Conseiller une aide à la marche en cas de troubles de l'équilibre.

II.6. Relever du sol

L'apprentissage du relever du sol fait partie des techniques essentielles dans la prévention de la perte d'autonomie.

La descente au sol est faite activement par le sujet chaque fois que cela est possible : avec une prise d'appui le sujet pose un genou au sol puis l'autre.

Le redressement débute en position assise, ce qui correspond à l'attitude spontanée du sujet après une chute dite mécanique. À partir de cette position, le sujet va chercher latéralement un appui des membres supérieurs, par une rotation du tronc qui entraîne celle du bassin et facilite le placement des membres inférieurs pour atteindre la position en quadrupédie. Un appui est fourni au sujet en début de rééducation pour le passage à genoux, puis en chevalier servant. Le redressement en position debout se fait ensuite avec l'aide des membres supérieurs.

Il est recommandé de pratiquer des séances courtes et de respecter des temps de repos.

II.7. Antalgie

La participation régulière à l'exercice aide au contrôle des douleurs persistantes. Le massage et/ou la physiothérapie peuvent être utilisés.

II.8. Éducation du patient et de son entourage

La continuité de la stimulation au mouvement pendant la séance et dans les activités de la vie quotidienne suppose une éducation et une formation des aidants familiaux et de l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée.

L'entretien de l'activité entre les séances peut faciliter l'entretien de la marche avec l'aide de l'entourage.

II.9. Masso-kinésithérapie chez des sujets présentant une détérioration cognitive

Chez ces patients, il est particulièrement recommandé pour l'évaluation d'utiliser des mises en situation fonctionnelle pour : simplifier la démarche, affiner les bilans, utiliser certains comportements fonctionnels à des fins rééducatives et éviter les situations d'échec.

Il faut progresser par objectifs successifs en usant de patience et persévérance.

L'utilisation de repères spatiaux et temporels et la qualité des consignes constituent les éléments essentiels de la relation de soin.

II.10. Aménagement du domicile

Le masseur-kinésithérapeute participe aux stratégies d'aménagement des aires de mobilité, de la salle de bains, des toilettes ; de l'agencement pour la préparation des repas et l'adaptation des éclairages. Il propose des améliorations pour faciliter les actes de la vie quotidienne et diminuer le risque de chute. Il en est de même pour les besoins en aide technique et aide à la marche.

II.11. Prescription

Pour les malades âgés polypathologiques et ou porteurs d'une décompensation fonctionnelle, la prescription utilise l'article 9 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : « Rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination » (AMK 8).

La transmission régulière des comptes rendus de l'évaluation masso-kinésithérapique au médecin prescripteur permet un suivi du patient, sachant que la fragilité n'exclut pas les progrès.

PARTICIPANTS

Ces recommandations ont été rédigées à la demande de l'Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (Afrek).

Elles ont été élaborées, sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), selon la méthode décrite dans le guide « Recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999, en collaboration avec des représentants des associations, sociétés et structures suivantes :

- Association d'aide à domicile aux personnes âgées et/ou malades
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie
- Association nationale française des ergothérapeutes
- Association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux
- Collège national des généralistes enseignants
- Hospitalisation à domicile
- Société française de gériatrie et de gérontologie
- Société française de médecine générale
- Société française des médecins libéraux généralistes
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société de gérontologie de Bordeaux et du Sud-Ouest
- Société de gérontologie Centre Auvergne
- Société de gérontologie de l'Est
- Société de gérontologie d'Île-de-France
- Société de gérontologie et de gériatrie de Picardie
- Société méditerranéenne de gérontologie et de gériatrie
- Soins santé à domicile
- Soins et santé

L'ensemble du travail a été coordonné par M. Michel GEDDA, chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles. M^{me} France MOUREY, chargée de projet, a assuré l'analyse et la synthèse de la littérature sélectionnée.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M^{me} Laurence FRIGERE, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service de documentation.

Le secrétariat a été assuré par M^{lle} Élodie SALLEZ et M^{lle} Jessica LAYOUNI.

Les rédacteurs tiennent à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et du Conseil scientifique de l'Anaes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Comité d'organisation

M. François-Régis Berger, cadre infirmier, Pessac
M^{lle} Marie Birabent, masseur-kinésithérapeute, Paris
D^r Patrick Dehail, médecin de médecine physique et réadaptation, gériatre, Pessac
D^r Paul Deneuve, médecin généraliste, Cucq-Trepied
M. Michel Gedda, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine
M. Jean-Pierre Godard, masseur-kinésithérapeute, Vitry-sur-Seine

M^{me} Françoise Gomez, masseur-kinésithérapeute, Pessac
D^r Yolande Grumbach, gériatre, Amiens
D^r Bernard Leblanc, médecin de médecine physique et réadaptation, Beaumont
D^r Sabine Pol-Roux, médecin de médecine physique et réadaptation, Compiègne
D^r Jean-Philippe Thiebault, médecin de médecine physique et réadaptation, Colmar

Groupe de travail

M^{me} Paulette Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, vice-présidente de l'Assemblée nationale, Besançon – présidente du groupe de travail
M^{me} France Mourey, masseur-kinésithérapeute, Dijon - chargée de projet
M. Michel Gedda, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine.

M. Benoît Biichle, cadre infirmier, Lons-le-Saunier
M. Claude Braize, masseur-kinésithérapeute, Saint-Étienne
M^{me} Corinne Bugnicourt, infirmière, Dax
D^r Philippe Carret, médecin généraliste, L'Hospitalet
M^{me} Marie-Claude Chauvin De Rangot, masseur-kinésithérapeute, Tarbes
D^r Patrick Dehail, médecin de médecine physique et réadaptation, gériatre, Pessac

M^{me} Marie-Laure Dureysseix, masseur-kinésithérapeute, Dijon
M. Jean-Pierre Godard, masseur-kinésithérapeute, Vitry-sur-Seine
M. Hadj Kalfat, ergothérapeute, Limoux
D^r Sabine Pol-Roux, médecin de médecine physique et réadaptation, Compiègne
M^{me} Corinne Shabaille, assistante sociale, Berck-sur-Mer
D^r Jean-Philippe Thiebault, médecin de médecine physique et réadaptation, Colmar.

Groupe de lecture

M^{me} Nicole Almeras, masseur-kinésithérapeute, Nîmes
M^{me} Dominique Appy, infirmière, Aubagne
M^{me} Nathalie Avril, assistante sociale, Bourges
M^{me} Catherine Bene, aide soignante, Goersdorf

M^{me} Elisabeth Biais-Canhoyea, infirmière, Agres
M^{lle} Marie Birabent, masseur-kinésithérapeute, Paris
D^r Marie-Ange Blanchon, gériatre, Saint-Étienne
D^r Nathalie Bourdin, gériatre, Bordeaux

- M. Jean-Marc Chenevelle, masseur-kinésithérapeute, Ivry-sur-Seine
M. Loïc Coquisart, masseur-kinésithérapeute, Darnétal
M. Jean-Pierre Cosnier, masseur-kinésithérapeute, Cintegabelle
M^{me} Martine Damon, assistante sociale, Plougernevel
M^{me} Florence De Cornelissen, ergothérapeute, Boubon-l'Archambault
P^f Benoît De Wazieres, gériatre, Nîmes
P^f Patrick Deleporte, médecin généraliste, Villiers-Guislain
M^{me} Magaly Delhome, infirmière, Poitiers
D^r Paul Deneuille, médecin généraliste, Cucq-Trepied
D^r Ingrid Devoueize, gériatre, Le Cateau
P^f Pierre Dudognon, médecin de médecine physique et réadaptation, Limoges
D^r Florent Durain, médecin généraliste, Saint-Avertin
D^r Marc Ebel, gériatre, Strasbourg
M^{lle} Nathalie Emptaz, masseur-kinésithérapeute, Buxy
D^r Michel Enjalbert, médecin de médecine physique et réadaptation, Cerbère
M. Alain Garnier, masseur-kinésithérapeute, Montrabe
M^{me} Françoise Gomez, masseur-kinésithérapeute, Pessac
D^r Louis Gonzales, gériatre, Lyon
M. Thierry Grunberg, masseur-kinésithérapeute, Chantepie
M. Christian Guichardon, masseur-kinésithérapeute, Neuville-sur-Saône
D^r Bernard Leblanc, médecin de médecine physique et réadaptation, Beaumont
M. Jean-Yves Lemerle, masseur-kinésithérapeute, Angers
M. Paul Lyonnaz, masseur-kinésithérapeute, Cordoue-sur-Logne
M^{me} Maryline Marais, masseur-kinésithérapeute, Compiègne
M. Didier Marcant, masseur-kinésithérapeute, Thonex (Suisse)
D^r Catherine Martin-Hunyadi, gériatre, Strasbourg
M. Jean-Pierre Mercier, masseur-kinésithérapeute, Mont-de-Marsan
M^{me} Josiane Morat, assistante sociale, Montpellier
M^{me} Jocelyne Niquet, infirmière, Acquigny
M^{me} Nadine Noblet, infirmière, Mâcon
M. Éric Pastor, masseur-kinésithérapeute, Montpellier
M. Jérôme Poirier, ergothérapeute, Neufmoutiers-en-Brie
M^{me} Geneviève Poirier-Coutensais, infirmière, Clermont-sur-Oise
P^f Pierre Pfitzenmeyer, gériatre, Dijon
D^r Christophe Pretot, médecin généraliste, Salins-les-Bains
M. Philippe Rogala, masseur-kinésithérapeute, Horbourg-Wihr
D^r Emmanuel Roubertie, médecin généraliste, Vendôme
M^{me} Sylvaine Seveignes, directrice de soins, Caluire
M^{lle} Sophie Terefenko, infirmière, Dijon
M^{me} Brigitte Teyssier, masseur-kinésithérapeute, Condom
D^r Patrick Thevenet, médecin généraliste, Quimper
D^r Marie-Elisabeth Torre, médecin généraliste, Biguglia
D^r Philippe Tronchet, médecine physique et réadaptation, Berck-sur-Mer
M^{me} Sylvie Uberti, infirmière, Digne-les-Bains
P^f Marc Verny, gériatre, Paris
M. Éric Viel, masseur-kinésithérapeute, Thonon
D^r Thierry Voisin, neurologue, gériatre, Toulouse
D^r Alain Yelnik, médecin de médecine physique et réadaptation, Paris

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile
Type de document	Recommandation pour la pratique clinique
Date de validation	Avril 2005
Objectif(s)	Ces recommandations concernent l'évaluation et les traitements masso-kinésithérapiques des personnes âgées fragiles dans l'objectif de conserver leurs capacités motrices et de leur permettre de rester à leur domicile. Toutes les personnes âgées fragiles sont concernées, sans considération d'âge civil et indépendamment d'une pathologie spécifique Les programmes de prévention pour les personnes indépendantes et de rééducation des grands vieillards en milieu institutionnel ne sont pas abordés.
Professionnel(s) de santé concerné(s)	Masseurs kinésithérapeutes
Demandeur	Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFREK).
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS) – service des recommandations professionnelles
Pilotage du projet	Coordination : M. Michel GEDDA, chef de projet du service des recommandations professionnelles (chef de service : Dr Patrice DOSQUET) Secrétariat : Mlle Élodie SALLEZ et Mlle Jessica LAYOUNI Recherche documentaire : Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste avec l'aide de Mme Laurence FRIGÈRE, du service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique PAGÈS)
Participants	Sociétés savantes Comité d'organisation Groupe de travail (président : Mme Paulette Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, vice-présidente de l'Assemblée nationale, Besançon) Groupe de lecture cf. liste des participants
Recherche documentaire	Recherche documentaire effectuée par le service de documentation de la HAS (période de recherche : 1965- septembre 2004)
Auteurs de l'argumentaire	Chargé de projet : Mme France Mourey, masseur-kinésithérapeute, Dijon M. Michel GEDDA, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS
Auteurs des recommandations	Groupe de travail, accord du groupe de lecture

Validation

Avis du Conseil scientifique de l'Anaes en septembre 2004
Validation par le Collège de la HAS en avril 2005

Autres formats

Fiche de synthèse et argumentaire des recommandations téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr